

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 21

Les

Réactions ganglionnaires dans l'érysipèle

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 29 Novembre 1933

PAR

Jean-Jacques MONS

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SEILHAC (Corrèze), le 21 janvier 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. SABRAZÈS, professeur.....	Président.
		CRUCHET, professeur.....	Juges.
		MURATET, professeur.....	
		DELMAS-MARSALET, agrégé....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 21

Les

Réactions ganglionnaires dans l'érysipèle

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 29 Novembre 1933

PAR

Jean-Jacques MONS

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SEILHAC (Corrèze), le 21 janvier 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. SABRAZÈS, professeur.....	Président.
		CRUCHET, professeur.....	Juges.
		MURATET, professeur.....	
		DELMAS-MARSALET, agrégé....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

—
1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER, BEILLE, CASSAËT

PROFESSEURS

MM.	MN.
Clinique médicale MAURIAC.	Zoologie et parasitologie MANDOUL.
id. DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale N.
Clinique chirurgicale CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique TEULIÈRES.
id. BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales CARLES.	Clinique gynécologique GUYOT.
Clinique d'accouchements ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale DELAUNAY.
Anatomie VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique SIGALAS.
Anatomie générale et histologie G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques BONNIN.
Physiologie PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques PETGES.
Hygiène LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic. RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie PORTMANN.
Chimie CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée LABAT.
Botanique et matière médicale N.	Hydrologie thérapeutique et climatologie CREYX.
Pharmacie DUPOUY.	Clinique dentaire CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PÉRIENS (Maladies mentales).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie DUBECQ.	Chirurgie générale JEANNENEY.
id. DUFOUR.	id. CHARRIER.
Physiologie FABRE.	id. LOUBAT.
Parasitologie et sciences naturelles R. SIGALAS.	Obstétrique RIVIÈRE.
Médecine générale N.	Ophtalmologie BEAUVIEUX.
id. N.	Physique médicale N.
id. AUBERTIN.	Dermatologie et syphiligraphie JOUHA.
id. DAMADE.	Oto-rhino-laryngologie N.
id. PIÉCHAUD.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie VITTE.
id. DELMAS-MARSALET.	Histoire naturelle pharmaceutique N.
Chirurgie générale PAPIN.	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Médecine opératoire PAPIN.	Puériculture FAUGÈRE.
Physiologie FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac. GOLSE.
Pathologie médicale DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie R. SIGALAS.
Accouchements RIVIÈRE.	
Ophtalmologie	MM. CABANNES (en congé).
Ortopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.	N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle	GOURDON.
id. Clinique dentaire	DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA MERE — A MON PERE

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES CHEFS DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF BRUN

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.
Officier de l'Instruction publique.*

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. SABRAZES

*Professeur d'Anatomie pathologique et de Microscopie clinique
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Médecin-chef du Service des contagieux
à l'Hôpital d'isolement,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Les

Réactions ganglionnaires

dans l'érysipèle

AVANT-PROPOS

Nous n'avons pas la prétention d'ajouter aux connaissances qu'on a de l'érysipèle.

Sous le titre de « Réactions ganglionnaires » nous n'avons fait que grouper des notions et des faits connus.

Après un bref historique, nous donnerons un rappel histopathologique de l'érysipèle, en insistant surtout sur les lésions siégeant sur l'appareil lymphatique. Ce rappel nous conduira à distinguer un engorgement des ganglions et des lésions d'adénite.

Nous essaierons ensuite de faire une étude clinique de l'engorgement ganglionnaire; nous accorderons un chapitre spécial à l'adénite suppurée. Enfin, dans un dernier chapitre, nous étudierons le rententissement de l'érysipèle à répétition sur les ganglions.

Il nous arrivera de rapporter des opinions contradictoires. Notre peu d'expérience nous obligera à garder une réserve prudente. Mais, bien que nous ayons été mis en garde, nous aurons peut-être commis quelques erreurs au cours de ce travail.

HISTORIQUE

Connu dès la plus haute antiquité, l'érysipèle a suscité un grand nombre de travaux. Nous n'avons pas cherché à les connaître tous; cela nous était bien impossible. Cependant, il nous a semblé que, schématiquement, on pouvait diviser l'histoire de l'érysipèle en trois périodes : une période d'observation clinique, une période histopathologique et enfin une troisième période qui commence avec la découverte du streptocoque.

La période d'observation clinique commence avec Hippocrate, et on peut la faire se terminer au début du xix^e siècle. Au cours de cette longue période, les médecins observent et notent des faits. Et l'on peut dire que leur connaissance de l'érysipèle était à la mesure de leurs moyens d'investigation. Certes, il leur arrive de confondre avec l'érysipèle des affections nettement différentes. Mais, par contre, leur sagacité leur permet quelquefois d'énoncer des opinions que le progrès de la science médicale ne fera que confirmer. Et il arrive, en parcourant Hippocrate, de trouver des idées que l'on croyait toutes récentes. Quant aux théories pathogéniques que les médecins ne manquaient d'émettre, elles sont généralement assez naïves : mélange de la bile et du sang par exemple. On expliquait l'érysipèle, comme bien d'autres maladies, par une altération du milieu intérieur.

Ce n'est qu'en 1777 que Lorry soupçonnera la contagiosité de l'érysipèle. Cette notion ne fut pas d'ailleurs admise du premier coup.

Au début du xix^e siècle s'ouvre une nouvelle période. Les

procédés et les moyens d'investigation deviennent scientifiques. L'observation clinique elle-même devient plus rigoureuse. L'anatomie et l'histologie pathologique commencent à prendre de l'importance.

C'est alors que Ribes et Cruveilhier feront de l'érysipèle une phlébite capillaire, tandis que Sanson et Blandin soutiendront la théorie de l'angioleucite. Un peu plus tard, Piorry fera de l'érysipèle une septicodermite; ce terme suppose une connaissance assez poussée de lésions, et encore aujourd'hui il convient à l'érysipèle. Renaut, en 1874, fixera d'une manière à peu près définitive l'histopathologie de la dermite érysipélateuse.

La découverte du streptocoque par Filheisen ouvre une troisième période. Certains auteurs, avant lui, avaient bien essayé de découvrir le germe responsable de l'inflammation érysipélateuse; mais les germes qu'ils ont décrits ne ressemblent pas du tout au streptocoque. Après Filheisen, beaucoup d'auteurs se sont attachés à l'étude du streptocoque. C'est à ce moment que commence la discussion entre les unicistes et les pluralistes, les uns veulent qu'il n'y ait qu'un streptocoque, tandis que les autres en décrivent des espèces multiples.

Dénucé, en 1885, et Achalme, en 1891, produiront l'un et l'autre des travaux considérables sur la pathogénie et l'histopathologie de l'érysipèle. Depuis eux, on a encore beaucoup écrit sur ce sujet. Cependant, à l'heure actuelle, l'érysipèle semble ne plus être d'actualité. Sans doute n'y a-t-il plus rien à en dire, sauf dans le domaine de la thérapeutique, où il est toujours permis d'apporter des innovations, si elles sont heureuses.

RAPPEL HISTO-PATHOLOGIQUE

L'érysipèle est dû à la pullulation du streptocoque dans le derme. L'organisme répond à cette pullulation du microbe par un apport plus ou moins considérable de leucocytes. Infiltration et œdème sont les deux phénomènes physiopathologiques dont la plaque érysipélateuse est le théâtre.

Quelles sont les modifications histopathologiques que vont subir les vaisseaux et ganglions lymphatiques de la région infiltrée et œdématiée ?

Voici ce qu'a vu Renaut : « Dans les parties superficielles du derme, où ils sont constitués par de simples fentes, les lymphatiques disparaissent sous une énorme accumulation de globules blancs qui forment de grands îlots étoilés. Dès qu'ils sont munis de parois propres, ce qui leur arrive vers le tiers inférieur du derme, ils apparaissent comme de larges rubans sinueux, ou des ellipses ou des cercles ayant trois ou quatre fois le diamètre des plus gros vaisseaux sanguins. » Mais les lymphatiques ne sont pas seulement distendus par les leucocytes, qui leur font, selon l'expression de Renaut, comme « une injection naturelle » ; ils sont aussi lésés. Pour Denucé, ces lésions seraient une endolymphangite, se caractérisant par la disparition de l'endothélium, et une périlymphangite, se traduisant par une infiltration périvasculaire intense. La lymphangite des réseaux, c'est-à-dire des plus fines ramifications lymphatiques, est constante ; à tel point que beaucoup d'auteurs prétendent que l'érysipèle n'est pas autre chose qu'une lymphangite réticulaire. Mais les lésions ne restent pas toujours localisées aux réseaux, elles

se continuent sur les ramifications plus importantes, et nous avons vu plus haut que les lymphatiques munis de paroi propre ne restent pas indemnes. Souvent même la lymphangite se propagé au delà du derme, qui est le siège de la pululation microbienne, et on l'a vu se continuer sur les troncs du tissu cellulaire sous-cutané.

Les ganglions solidaires des lymphatiques ne peuvent pas manquer de participer au processus érysipélateux. Et en effet Renault dit : « J'ai constaté que ces glandes présentent à un haut degré des traces d'inflammation consistant dans l'accumulation d'une grande quantité de cellules lymphatiques dans leur stroma réticulé. Leurs cellules fixes participent aussi activement à l'inflammation, et se multiplient souvent au point de prendre l'apparence de plaques à noyaux multiples. »

Denucé a examiné une seule fois les ganglions dans un cas d'érysipèle de la cuisse ayant pour point de départ probable une écorchure du genou. L'érysipèle, après avoir gagné toute la cuisse, s'étendit à l'abdomen. Il y avait des ganglions inguinaux durs, volumineux et douloureux. Cet érysipèle se termina par la mort. L'autopsie n'ayant pu être faite, Denucé retira deux ganglions de l'aîne par une incision faite au bistouri, et il en donne une description macroscopique que nous reproduisons textuellement : « Ces ganglions ovoïdes sont volumineux et durs, enfermés dans une gaine connective très résistante. La surface de section offre une coloration et une consistance inégale. Au milieu de tractus blanchâtres et durs apparaissent des îlots jaunâtres, moins opaques et plus mous. Le raclage donne une petite quantité de suc lactescent et grumeleux. »

Denucé pratique ensuite un examen microscopique de ces deux ganglions.

Voici quelle méthode Denucé employa pour cet examen : il mit à durcir un ganglion dans l'alcool absolu pendant quarante-huit heures; dans un second ganglion, il pratiqua avec une seringue hypodermique une injection interstitielle

d'acide osmique au 1/100. Le ganglion, après un séjour d'une demi-heure dans l'eau distillée, a été divisé en deux parties et placé dans l'alcool fort. Il fit des coupes minces des deux préparations.

Sur les premières coupes, dues à l'action de l'alcool absolu et colorées au picro-carmin étendu, voici quelles sont les lésions que Denucé a pu décrire :

1° Le tissu conjonctif périganglionnaire présentait des altérations analogues à celles des couches superficielles du tissu sous-cutané. Il était le siège d'une infiltration abondante d'éléments cellulaires dissociant pour ainsi dire les fibrilles par leur présence. Denucé pense que ces lésions sont dues à la propagation de l'érysipèle au tissu cellulaire sous-cutané et de ce dernier à la gaine connective des ganglions.

2° La capsule, très épaissie, présentait des phénomènes analogues à ceux dont la gaine connective était le siège.

3° La distinction entre les systèmes caverneux et folliculaire était impossible. Toute la préparation disparaissait sous un nombre considérable de cellules lymphatiques.

4° Quelques travées du réticulum, que l'on pouvait apercevoir à la partie centrale du ganglion, étaient notablement tuméfiées et présentaient un aspect granuleux inusité.

Sur les ganglions injectés à l'acide osmique, les lésions des travées du réticulum étaient plus nettes et il a paru à Denucé que les lésions étaient plus marquées dans les sinus et le système caverneux, c'est-à-dire dans les parties où aboutissent les vaisseaux afférents que dans le système folliculaire.

Tout en se gardant de tirer des conclusions trop hâtives, puisqu'il n'a fait qu'un seul examen de ganglions, Denucé se demande s'il n'existe pas entre le système caverneux et le système folliculaire une barrière s'opposant à l'extension du processus érysipélateux.

Après avoir vu ce que pouvaient être les lésions ganglionnaires ou plutôt quelles étaient les modifications histopathologiques que l'érysipèle pouvait produire dans les ganglions, nous avons essayé de savoir si le streptocoque pouvait arri-

ver jusque dans ces ganglions. Seul Achalme semble avoir voulu s'en rendre compte. Et voici ce qu'il dit à ce sujet : « C'est à l'intérieur des vaisseaux lymphatiques que se décide la victoire des cellules de l'organisme sur le parasite. Souvent même cette lutte est fort brève, car sur les coupes de ganglions les plus proches de la plaque nous n'avons jamais pu colorer de streptocoques dans l'intérieur des cellules qui encombraient le réseau interfolliculaire. La pénétration du streptocoque en cas d'érysipèle simple est donc rarement profonde dans le système lymphatique, et il faut voir dans l'engorgement ganglionnaire plutôt un trouble mécanique qu'une véritable lésion inflammatoire. » Nous pensons que le fait de ne pouvoir colorer de germes sur des coupes, même nombreuses, de ganglions, n'est pas suffisant pour affirmer qu'il n'y a pas de germes dans ces ganglions. D'ailleurs, Achalme admet bien la possibilité pour le streptocoque d'arriver jusque dans le ganglion : une moindre activité de la défense ou une virulence exagérée du streptocoque rendront cette pénétration possible.

On pourrait à la rigueur donner un autre argument en faveur de cette hypothèse, mais sa valeur ne nous paraît pas très grande : on a toujours constaté l'absence de streptocoques dans les vaisseaux sanguins au niveau de la plaque érysipèle. Or, la septicémie n'est pas rare au cours de cette maladie; c'est ainsi que Lesné et Françon, en semant 5 à 10 cm³ de sang dans 500 cm³ de bouillon, ont obtenu 21 résultats positifs sur 70 observations. Si l'on admet que le streptocoque, pour arriver dans le sang, doit passer par les voies lymphatiques, il faut admettre aussi que, dans 30 p. 100 des cas, il a atteint et même dépassé les relais ganglionnaires. Mais il n'est pas prouvé que la septicémie se produise selon le mécanisme que nous avons indiqué. L'absence de streptocoques dans les vaisseaux sanguins au niveau de la plaque d'érysipèle n'est pas plus probante que l'absence de streptocoques sur les coupes de ganglions.

Toujours en faveur de l'hypothèse de la pénétration du

streptocoque jusque dans les ganglions, on pourrait donner l'avis de Lordereau, qui prétend que la lymphangite profonde existe dans un quart des cas. Mais les travaux de Lordereau étaient antérieurs à la découverte du streptocoque, et nous craignons qu'on les juge un peu périmés.

Il est donc très difficile de dire si la pénétration du streptocoque dans les ganglions est fréquente ou rare. Peut-être des recherches expérimentales qu'on pourrait faire sur le lapin, cultures de ganglions érysipélateux par exemple, pourraient-elles apporter la lumière sur ce point.

Ce bref exposé histopathologique et physiopathologique n'approche peut-être que d'assez loin la vérité. Cependant, il nous conduit à penser que, dans l'érysipèle, il faut envisager deux sortes de réactions ganglionnaires : un engorgement simple, qui serait mécanique, ou plutôt physiologique, et qui serait dû à l'apport inaccoutumé des leucocytes, et un engorgement auquel viendraient se surajouter des lésions inflammatoires vraies, lésions qui pourraient aller jusqu'à la suppuration. Il n'y a évidemment pas de barrière entre ces deux stades, mais une continuité où l'on peut supposer tous les états intermédiaires.

L'ENGORGEMENT GANGLIONNAIRE AU COURS DE L'ÉRYSIPELE

Il est classique de parler de l'engorgement ganglionnaire quand on énumère les symptômes de l'érysipèle. Dans tous les traités de médecine, on le trouve mentionné, et d'après eux l'adénopathie est un symptôme qui fait bien rarement défaut.

Tous les auteurs s'accordent à faire remonter cette notion à Chomel, qui le premier aurait attiré l'attention sur la tuméfaction ganglionnaire. A ce propos, nous ne pouvons pas ne parler de la rectification de M. Guinard, ne serait-ce que pour prouver que nous avons essayé d'acquérir une documentation aussi riche que possible. M. Guinard veut que ce soit Saint-Simon qui ait été le premier à signaler la présence de ganglions dans l'érysipèle. Et effectivement Saint-Simon rapporte un cas d'érysipèle où l'adénopathie prit assez d'importance pour inquiéter les parents de la personne qui en était porteuse. Ceux-ci attribuaient les ganglions à une tout autre maladie que l'érysipèle. Saint-Simon les rassura; pour lui, l'érysipèle était bien la cause de l'adénopathie; et la suite des événements montra qu'il avait raison. On ne peut pourtant pas attribuer une valeur à la relation de Saint-Simon, si on la considère d'un point de vue purement médical; aussi continuerons-nous à attribuer à Chomel un mérite qui, du reste, doit revenir à un médecin, et non à un profane.

Cette parenthèse close, nous allons donner l'opinion de divers auteurs à propos de l'engorgement ganglionnaire dans

l'érysipèle. Pour Renaut, il est constant : « Un fait qui paraît très important pour établir la part que prend le système lymphatique est l'état des ganglions. On sait qu'ils sont presque constamment pris dans cette affection. » Les opinions d'Achalme et de Denucé sont moins catégoriques.

M. G.-H. Rojer dit : « Ces adénopathies, qui sont presque constantes au cours de l'érysipèle, peuvent devenir le point de départ de nouvelles complications. » On peut concéder une valeur à son opinion, puisqu'elle est basée sur 2.411 observations personnelles.

Gars voit dans la constance des réactions ganglionnaires au cours de l'érysipèle une preuve de l'identité de celui-ci et de la lymphangite.

Mais à côté de ces opinions, on en trouve d'autres aussi catégoriques, et qui nient les réactions ganglionnaires.

M. Vidal dit : « Depuis Chomel, on accorde une importance exagérée à un symptôme : l'engorgement ganglionnaire, qui représente le retentissement sur les ganglions de l'inflammation du derme. » M. H. Dufour va beaucoup plus loin : « Depuis quelques mois, dit-il, j'ai pu observer une grande quantité d'érysipéloteux chez lesquels j'ai constaté l'absence clinique de réactions ganglionnaires dans la presque totalité des cas. On sait que Chomel et Blandin ont particulièrement insisté sur la tuméfaction des ganglions de l'angle de la mâchoire au début de cette affection. Sur la foi de ces auteurs et des classiques qui ont reproduit leur opinion, j'ai recherché cette adénite de l'angle de la mâchoire, ainsi d'ailleurs que celle répondant aux régions du derme envahi par la plaque érysipéloteuse. Mes recherches ont porté surtout sur les ganglions cervicaux, sous-maxillaires et préauriculaires, puisqu'il s'agissait le plus souvent d'érysipèle de la face. J'ai été surpris de ne pouvoir constater cliniquement la présence de l'engorgement ganglionnaire de ces régions, sauf dans de très rares exceptions, et encore s'agissait-il quelquefois de réactions préexistantes à l'érysipèle... » Plus loin, M. Dufour ajoute : « Une deuxième

preuve indirecte de l'intégrité des régions ganglionnaires au cours de l'érysipèle peut être déduite de cette autre constatation. Au cours du déclin de l'érysipèle, il m'est arrivé fréquemment, comme à tous les médecins, d'avoir à ouvrir des collections purulentes. On ne se trouve pour ainsi dire jamais en face d'adéno-phlegmon. On incise d'une façon constante des phlegmons sus ou sous-aponévrotiques, sus, sous ou intermusculaires, mais non des adénites ou périadénites suppurées. C'est là une différence essentielle qui sépare l'érysipèle de la lymphangite des membres ou de la face, affection dans laquelle la réaction intense des ganglions est la règle.

L'anatomie pathologique ne peut être en désaccord avec la clinique; aussi avons-nous été heureux de trouver dans le livre de M. Achalme sur l'érysipèle, à la page 34, les lignes suivantes : « C'est à l'intérieur des vaisseaux lymphatiques que se décide la victoire des cellules de l'organisme sur le parasite. Souvent même, cette lutte est fort brève, car sur les coupes de ganglions les plus proches de la plaque, nous n'avons pu colorer de streptocoques dans l'intérieur des cellules qui encombraient le réseau interfolliculaire. La pénétration du streptocoque en cas d'érysipèle simple est donc rarement profonde dans le système lymphatique, et il faut voir dans l'engorgement lymphatique plutôt un trouble mécanique qu'une véritable lésion inflammatoire. »

Nous avons été étonné de trouver des opinions aussi divergentes à propos d'un symptôme qu'il suffit de rechercher pour savoir s'il existe ou n'existe pas. Nous avons essayé de nous faire une opinion personnelle, et pour ce faire nous avons consulté un assez grand nombre d'observations d'érysipélateux dans le service de M. le Professeur Sabrazès ou dans différentes thèses où nous avons pu les trouver. Et nous devons avouer que les observations où on parle de l'adénopathie sont rares. Quelquefois, il est mentionné : quelques ganglions durs et douloureux; plus rarement on trouve : pas d'adénopathies; le plus souvent, celui qui a fait l'observation ne donne aucun renseignement au sujet des gan-

glions, sans doute parce qu'il ne les a pas recherchés. Il peut bien arriver que celui qui était chargé d'examiner le malade se soit abstenu de palper les ganglions, car non seulement il est dangereux de palper un érysipélateux, mais c'est souvent répugnant. En admettant que cette crainte de se contaminer et cette répugnance soient vaincues, il reste encore la difficulté qu'il y a à palper une région très œdématiée où les ganglions seront difficilement perçus par les doigts, et la douleur, qui fait que le patient se prête mal à la palpation. On ne peut donc pas conclure que l'adénopathie n'existait pas du fait qu'elle n'est pas mentionnée; on ne peut pas prétendre non plus qu'elle y était. Aussi la question reste en suspens; nous n'allons pas jusqu'à conclure, comme M. Dufour, que les réactions ganglionnaires n'existent jamais, puisque, dans des cas certes peu nombreux et choisis, les anatomo-pathologistes les ont vues et décrites, mais à notre avis, on ne pourra avoir une idée exacte de leur fréquence qu'après les avoir systématiquement cherchées dans de nombreux cas.

Cependant, il est quelques formes cliniques d'érysipèle où l'absence de réactions ganglionnaires paraît, sinon constante, du moins très fréquente : il s'agit de l'érysipèle chez le vieillard et chez le nouveau-né. Si l'on admet que l'engorgement des ganglions est, dans une certaine mesure, fonction de l'intensité de la lutte entre le germe envahisseur et l'organisme, on pourra rapporter à une moindre activité de la défense l'absence de réaction ganglionnaire observée dans ces deux érysipèles.

L'érysipèle du nouveau-né revêt une gravité particulière, que l'on s'accorde à rapporter au défaut des réactions leucocytaires. Achalme a spécialement étudié l'érysipèle du cordon, et voici quelles ont été ses constatations : « Si nous cherchons à étudier quels sont les phénomènes organiques qui répondent à la pullulation des germes envahisseurs, nous voyons que les modifications histologiques sont réduites à leur minimum : ni infiltration ni prolifération cellulaire.

Cette absence de réactions organiques nous explique pourquoi nous avons trouvé une disproportion entre les micro-organismes et les leucocytes, à l'inverse de ce que nous avons trouvé dans l'érysipèle ordinaire. » Achaïme et d'autres auteurs ont même vu des amas de streptocoques libres obturer la lumière des vaisseaux lymphatiques, sans doute en y produisant des coagulations. Dans ces conditions, on comprend aisément qu'il n'y ait aucune réaction ganglionnaire. Il va sans dire que cette opinion n'est valable que s'il s'agit du nouveau-né, car on sait que chez le jeune enfant la micro-polyadénopathie est extrêmement fréquente, et s'accuse à l'occasion de beaucoup d'états infectieux ou toxiques; et c'est sans doute pourquoi nous voyons Delhoume s'élever contre l'opinion généralement admise de l'absence de réactions leucocytaire et ganglionnaire chez le nouveau-né : « On a dit que la gravité de l'érysipèle était due à l'absence de réactions leucocytaires, sans que d'ailleurs aucune preuve expérimentale en ait été donnée jusqu'à ce jour. L'absence de réactions ganglionnaires est-elle si probante ? Peut-on dire d'une façon absolue qu'il n'y a pas de défense lymphatique chez le nouveau-né ? Nous avons cependant rencontré des observations où on notait des adénopathies consécutives à l'érysipèle. » Et Delhoume, montrant l'heureuse terminaison des érysipèles du nouveau-né quand survient une suppuration (c'est Trousseau qui le premier fit remarquer ce fait), préconise l'abcès de fixation. Mais suppuration et réaction ganglionnaire relèvent de la même cause; l'un et l'autre témoignent que l'organisme se défend contre l'infection. Et nous nous demandons si la présence d'une adénopathie chez un nouveau-né atteint d'érysipèle ne serait pas un symptôme qui viendrait améliorer le pronostic; mais nous nous garderons bien d'attribuer à ce symptôme la valeur qu'on attribue généralement à la suppuration.

Chez le vieillard, l'érysipèle s'accompagne rarement d'adénopathie marquée. Pour émettre cette opinion, nous nous retranchons derrière Lamy, qui, dans sa thèse, s'est occupé

spécialement de l'érysipèle des vieillards. « Quant au troisième signe de cette période (période d'invasion), dit Lamy, en parlant de l'adénopathie, elle fait souvent défaut, et nous ne pouvons mentionner dans aucune de nos observations d'adénopathie prémonitoire, et la considérons comme peu fréquente. » Nous reviendrons un peu plus loin sur cette adénopathie prémonitoire; nous avons déjà dit que M. H. Dufour la niait. Quant à l'adénopathie de voisinage, c'est, selon Lamy, « un symptôme très effacé et purement objectif »; et sur les trente observations qu'il rapporte on ne la rencontre que six fois, portant cinq fois sur la région sous-maxillaire, deux fois sur les ganglions rétrocervicaux, une fois sur les préauriculaires. Il est difficile même de rapporter à l'érysipèle des adénopathies qui lui étaient peut-être antérieures. Chez le vieillard, les ganglions, qui, pendant tout le cours de l'existence, ont pu être incités à s'engorger et à s'hyperplasier, gardent probablement des traces des injures qu'ils ont subies indépendamment de l'érysipèle. Il est en effet extrêmement fréquent de trouver des ganglions indurés chez le vieillard. Nordmann parle d'une « sclérose d'épuisement » des ganglions, sclérose qui succéderait aux infections aiguës ou chroniques, et se traduirait par l'induration. On conçoit aisément que des ganglions scléreux à capsule plus ou moins épaissie n'aient aucune tendance à se tuméfier ou à se laisser distendre.

Nous avons remarqué enfin que les érysipèles graves avec complications septicémiques ne s'accompagnaient généralement pas de réactions ganglionnaires. Nous ne citerons à ce propos que les treize cas d'érysipèle compliqués de méningite purulente à streptocoques rapportés par Pinaie. Jamais, dans les observations, il n'est fait mention d'adénopathie, sauf dans une; et dans celle-là il s'agissait non pas de méningite suppurée, mais de phénomènes méningés au cours de l'érysipèle. Mais cette constatation repose sur un trop petit nombre de cas pour qu'on puisse en faire état.

Il existe enfin des érysipèles très superficiels qui n'ont

aucun retentissement ganglionnaire. Et on trouve dans la thèse d'Achalme la description d'un érysipèle où le streptocoque reste cantonné dans la couche papilligère du derme. Cet érysipèle, qui s'éteint très rapidement, n'a pas le temps de créer des lésions ganglionnaires.

Nous terminerons ce chapitre en étudiant l'adénopathie prémonitoire. D'après certains auteurs, il serait fréquent de trouver un ganglion préérysipélateux qui se manifesterait avant l'apparition de la plaque. Nous ne pensons pas que cette adénopathie prémonitoire soit autre chose qu'une adénopathie de voisinage très précoce. Il est peu probable que l'attention soit attirée vers les ganglions avant l'apparition de tous symptômes locaux d'érysipèle. Ceux qui ont voulu rechercher cette adénopathie prémonitoire, tels M. Dufour et M. Lamy, ne l'ont jamais trouvée.

L'ADENITE SUPPUREE

S'il est permis de discuter sur la fréquence de l'engorgement ganglionnaire au cours de l'érysipèle, l'existence de l'adénite suppurée, venant compliquer cette maladie, est indiscutable. La tuméfaction ganglionnaire peut passer inaperçue ou n'être pas recherchée, mais l'adénite suppurée, par l'importance qu'elle prend dans l'évolution de l'érysipèle, attire forcément l'attention. Et quand M. Dufour la nie, nous sommes en droit de penser qu'il a fait appel à sa seule expérience pour fonder son opinion, car nombreux sont les auteurs qui en parlent et qui en rapportent des exemples. Nous devons cependant lui concéder que cette complication est beaucoup plus rare dans l'érysipèle que dans les lymphangites succédant à une plaie infectée. Mais comme il est fréquent de voir l'érysipèle se compliquer de lymphangite, il n'y a aucune raison pour qu'il ne se complique pas d'adénite suppurée.

Lordereau, dans sa thèse, au chapitre des suppurations de l'érysipèle, accorde une place spéciale aux suppurations qui se passent dans les lymphatiques, vaisseaux ou ganglions. Il distingue deux sortes d'abcès : les abcès angioleucitiques et les bubons.

Les abcès angioleucitiques se localisent le long des trajets lymphatiques. Ils sont petit, nombreux et tardifs. Ils suppurent les uns après les autres, rarement avant le quinzième jour après le début de l'érysipèle. Lordereau avait décrit ces abcès avant la découverte du streptocoque. A l'heure actuelle, le mécanisme de formation de ces abcès nous sem-

ble assez clair. On sait que les microbes, phagocytes ou non, sont entraînés dans les lymphatiques. Achalmé les y a vus englobés par des leucocytes, et dans certains il a vu de véritables amas de streptocoques libres venir obstruer la lumière de ces vaisseaux. On sait aussi que les streptocoques sont capables de produire des coagulations qui pourront obstruer les lymphatiques. On comprend alors que, au-dessus de ces obstacles, il pourra se produire une accumulation de leucocytes et de germes, qui, ultérieurement, deviendront du pus. On comprend aussi, et ici nous revenons à l'engorgement ganglionnaire simple, que ce dernier puisse manquer quand un grand nombre de vaisseaux lymphatiques auront été obstrués. Nous ne nous étendrons pas davantage sur ces abcès, qui n'entrent pas dans le cadre de notre sujet. Cependant, dans une certaine mesure, ils expliquent la possibilité des adénites suppurées; si les vaisseaux lymphatiques restent perméables, la suppuration qui se produisait dans leur lumière pourra se faire dans les ganglions.

Quant aux bubons, Lordereau n'en produit aucune observation personnelle. On en trouve cependant des exemples disséminés dans les auteurs. Et il cite Thoinnet, qui, dans sa thèse, rapporte une petite épidémie d'érysipèles qui, tous, se terminent par une adénite suppurée. « Les ganglions, dit Thoinnet, étaient le siège d'une inflammation phlegmoneuse et devenaient de véritables bubons, analogues à ceux qui succèdent à un chancre simple, mais plus vaste et à marche plus rapide. » Disons tout de suite que cette épidémie n'a pas de quoi nous étonner; il est courant de voir les érysipèles de même souche évoluer de la même manière, vers la suppuration par exemple. Mais il est très rare de pouvoir observer de telles épidémies de nos jours; elles n'étaient possibles que lorsqu'on ignorait l'asepsie et l'isolement des malades.

Achalmé, nous l'avons déjà dit, n'a jamais vu de streptocoques dans les ganglions. Mais il admet cependant qu'ils puissent y arriver, et d'ailleurs il rapporte trois cas d'adénite suppurée.

Lesné et Françon, quand ils étudient les abcès au cours de l'érysipèle, n'oublient pas les suppurations ganglionnaires. A la vérité, ils ne sont pas très affirmatifs, et ne veulent pas trop s'avancer. Voici d'ailleurs ce qu'ils pensent de ces suppurations : « D'autres fois, disent-ils, la collection paraît se former aux dépens d'un ganglion infecté, dans le tiers des cas ganglion rétroauriculaire, préauriculaire, axillaire, sus-hyoïdien ou sus-claviculaire. Ces suppurations ganglionnaires sont en général peu étendues; les gros adéno-phlegmons sont rares. Ils siègent dans la région sous-maxillaire ou sus-claviculaire. L'origine ganglionnaire des suppurations n'est certes pas la règle, et il est habituel de voir aboutir à la résolution spontanée les adénopathies souvent volumineuses des groupes sous-maxillaire et carotidien. »

Quant à M. H. Roger, dont les statistiques portent sur 1.568 observations d'érysipèles, son opinion est la suivante : « Les adénopathies, qui sont presque constantes au cours de l'érysipèle, peuvent devenir le point de départ de nouvelles complications. Dans certains cas, les ganglions s'hypertrophient de façon à former de volumineuses masses, qui, d'abord douloureuses, finissent par constituer de véritables tumeurs n'ayant plus tendance à rétrocéder. Nous avons vu notamment chez un homme de 45 ans se développer une adénopathie cervicale dure et indolore, grosse comme une mandarine, qui persistait encore au bout de deux mois quand le malade quitta le service.

» D'autres fois, l'adénopathie évolue vers le phlegmon; chez 12 hommes et 8 femmes nous avons observé des adénopathies suppurées. »

Enfin, Jamain, dans sa thèse, faite sous la direction du Professeur Sabrazès, où il étudie les complications suppuratives de l'érysipèle de la face, classe les suppurations ganglionnaires en deux groupes : l'adénite suppurée et l'adéno-phlegmon.

L'adénite, selon lui, arrive tardivement à la suppuration. Au cours de l'érysipèle, on aura pu observer une tuméfaction

des ganglions qui aura pu paraître anormalement volumineuse et douloureuse. Puis, l'érysipèle se terminant, la tuméfaction aura tendance à rétrocéder, sauf en un point, où va bientôt apparaître la fluctuation. Si on laisse évoluer cette adénite, il arrive fréquemment qu'elle se fistulise.

L'adéno-phlegmon est différent de l'adénite; il est précoce et grave d'emblée. Tout un groupe ganglionnaire est pris, souvent le groupe sous-maxillaire ou sus-claviculaire; l'empatement est considérable et les phénomènes généraux graves; la mort est la terminaison fréquente de cet adéno-phlegmon. Dans un cas rapporté par Decorse, elle se produit par œdème de la glotte, l'adéno-phlegmon siégeant au cou. Une de nos observations personnelles, venant du service du Professeur Sabrazès, est celle d'un adéno-phlegmon de la fosse sus-claviculaire. D'ailleurs, seul le siège rappelle l'adéno-phlegmon, car dans son évolution, cet adéno-phlegmon se rapproche de l'adénite suppurée. L'adéno-phlegmon du type de celui que nous avons décrit est très rare, et malgré nos recherches nous n'avons pas trouvé de cas rappelant celui rapporté par Decorse.

La classification de Jamain nous a paru bonne, aussi la conserverons-nous sans la modifier.

On a souvent prétendu que le streptocoque de l'érysipèle ne pouvait produire la suppuration. Or, dans toutes les observations que nous rapportons, on trouve une seule fois le streptocoque associé au staphylocoque.

Il est à remarquer aussi que les suppurations ganglionnaires sont souvent accompagnées d'autres suppurations. Dans trois des observations que nous rapportons, l'adénite suppurée n'est pas isolée; elle est précédée ou suivie d'abcès de localisations diverses.

L'adénite suppurée est la plus rare des complications suppuratives de l'érysipèle. Jamain, sur 10 érysipèles compliqués de suppuration, l'a trouvée une seule fois. Nous avons déjà vu que M. Dufour l'avait observée 20 fois sur 1.568 érysipèles, ce qui donne une proportion de 1,5 p. 100. Quant à

nous, sur 40 observations d'érysipèle, nous avons relevé 2 adénites suppurées. Cette proportion est trop élevée et porte sur trop peu de cas pour qu'on puisse en faire état.

Nous croyons, sans toutefois en avoir la certitude, que la suppuration se fait dans des ganglions antérieurement lésés. Dans une des observations d'Achalme, on voit une adénite suppurée évoluer sur des ganglions hypertrophiés. Cette hypertrophie était apparue à la suite d'une rougeole, et on est en droit de se demander si ces ganglions n'étaient pas tuberculeux. D'autre part, Courbon, qui a étudié l'érysipèle scrofuleux ou, pour être plus précis, l'érysipèle ayant pour point de départ des trajets fistuleux d'adénite scrofuleuse, avait bien remarqué l'influence néfaste de l'érysipèle sur ces scrofules : la fistule, si elle était fermée, se rouvrait; si elle était encore ouverte, la suppuration devenait beaucoup plus abondante.

Observations.

OBSERVATION I.

(In thèse ACHALME.)

Erysipèle de la face. Absès ganglionnaire.

S... (J.), entre le 7 juillet. Dans ses antécédents, on note une rougeole ayant laissé des ganglions indurés, sous-maxillaires et parotidiens, volumineux, mais n'ayant jamais suppuré.

Erysipèle de la face étendu secondairement au cuir chevelu. Ganglion préauriculaire gauche très douloureux et tuméfié. Ganglions occipitaux également pris.

La résolution de l'érysipèle est lente, et dix jours après le début elle n'est pas terminée. Le ganglion préauriculaire reste douloureux. Un des ganglions parotidiens faisant partie du groupe signalé plus haut augmente de volume et devient douloureux.

Le 19, fluctuation franche; ponction : pus à streptocoques.

Le 26 juillet : Ouverture spontanée de l'abcès; le pus ne donne aucune culture.

Au microscope, streptocoques à grains inégaux, se colorant mal.

Ultérieurement, il se produisit un abcès à chaque cuisse.

OBSERVATION II.

(In thèse ACHALME.)

Huitième atteinte d'érysipèle de la face. — Abcès ganglionnaire à streptocoques intéressant le groupe ganglionnaire sous-maxillaire des deux côtés. — Léger œdème chronique de la face.

P... (Justine), 37 ans, entrée salle Laennec, n° 16, le 24 décembre 1890.

La malade entre à l'hôpital le deuxième jour de son érysipèle. Depuis six ans, elle a été atteinte sept fois de cette maladie sans cause bien nette. Les attaques n'ont aucun rapport avec les périodes menstruelles. La dernière est survenue à la suite d'une violente dispute.

A l'entrée, toute la face est envahie. Température, 38°5. Phénomènes généraux peu accentués.

Engorgement ganglionnaire sous-maxillaire très volumineux.

Le lendemain, chute de la température; l'exanthème pâlit. Les ganglions deviennent volumineux et douloureux.

10 janvier : La fluctuation est devenue très nette des deux côtés de la région sous-maxillaire, bien que les phénomènes généraux aient disparu depuis longtemps.

Ouverture au bistouri. Écoulement d'une assez grande quantité de pus jaunâtre et bien lié.

Pendant tout le mois suivant, les tubes de drainage permettent l'écoulement d'un pus phlegmoneux, qui bientôt devient plus séreux et semble avoir une certaine tendance à tarir complètement.

Les drains sont retirés, mais trois jours après la malade se plaint de douleurs au niveau de la région sous-maxillaire gauche.

L'ancien trajet, rouvert à la sonde cannelée, laisse écouler un peu de pus séreux blanchâtre.

La malade quitte l'hôpital, quelques jours après, porteuse d'une fistule, qui persistait encore lorsque nous vîmes la malade pour la dernière fois, au mois de mai.

A la suite de ces érysipèles répétés, sa face présente une tuméfaction régulière rappelant assez l'aspect des brightiques.

Examen bactériologique du pus : à trois reprises l'examen révèle la présence de streptocoque pur (examen direct et cultures).

OBSERVATION III.

(In thèse ACHALME.)

Erysipèle de la face et du cuir chevelu. — Absès de la région sous-maxillaire et du cuir chevelu. — Phlegmation « alba doleus ».

Pr., 28 ans, maçon à Lyon.

Dans les antécédents personnels et héréditaires, rien de remarquable.

11 octobre 1889 : Violent frisson.

12 octobre au matin : Température 40°7. Rougeur des deux pommettes; point de côté au niveau de la 8^e côte gauche, sur la ligne axillaire. Son tympanique de la moitié inférieure du poumon gauche en avant et en arrière. Toux sèche. Le soir : température, 38°6.

13 octobre au matin : 39°1. Persistance du point de côté; quelques crachats visqueux, adhérents et rouillés. Soir : température, 38°9.

16 octobre : Température le matin, 39°4. Apparition de l'érysipèle; début par la racine du nez. L'érysipèle envahit la moitié supérieure de la face et le cuir chevelu.

18 octobre : Fin de la pneumonie.

19 octobre : L'érysipèle gagne le pharynx, la bouche, la partie inférieure de la face et le devant du cou. Phlyctènes aux oreilles et aux tempes. Engorgement sous-maxillaire, surtout à gauche.

12-13 octobre : La desquamation se manifeste partout.

24 octobre : Apparition d'un abcès à chacune des paupières supérieures.

26 octobre : Ouverture des abcès au bistouri. Guérison rapide; pas de récédive (abcès *a* et *b*).

2 novembre : Abcès au niveau de la bosse pariétale gauche.

8 novembre : *Phlegmatia alba dobus* du membre inférieur gauche, qui diminue chaque jour et disparaît dix jours après.

9 novembre : Première ponction de l'abcès qui siège au niveau de la bosse pariétale gauche; 40 grammes de pus gris bien lié (abcès *c*).

11 novembre : Première ponction de la collection purulente formée par les ganglions sous-maxillaires du côté gauche; 20 grammes de pus gris (*d*). Première ponction d'un abcès analogue situé symétriquement à droite, mais moins volumineux; 10 grammes de pus gris (*e*).

13 novembre : Deuxième ponction de l'abcès *c*; 50 grammes de pus mêlé de sang.

15 novembre : Formation d'une collection purulente au niveau de la bosse pariétale droite (*f*).

19 novembre : Deuxième ponction de l'abcès (*d*); 50 grammes de pus.

24 novembre : Troisième ponction de l'abcès *c*; 80 grammes de pus.

28 novembre : Les collections purulentes *c*, *d*, *e*, c'est-à-dire bosse pariétale gauche et celles des ganglions maxillaires, se sont reformées.

OBSERVATION IV.

(In thèse JAMAIN, Service de M. le Professeur SABRAZÈS.)

Erysipèle à forme sèche. Type masque.

Complications : abcès des paupières supérieures droite et gauche, puis des paupières inférieures droite et gauche.

Abcès de la paroi abdominale siégeant au flanc gauche.

Adénite suppurée du ganglion sous-maxillaire droit.

Adénite suppurée du ganglion sous-maxillaire gauche.

Dans tous ces abcès, on trouve du pus à streptocoque pur, sauf dans celui de la première adénite, où le streptocoque est associé au staphylocoque.

OBSERVATION V.

(Service de M. le Professeur SABRAZÈS.)

J... (C.), 31 ans, navigateur. Entré le 20 mars 1933.

Le 19 mars au matin, le malade éprouve à son réveil une légère douleur sous forme de tension dans la région rétromaxillaire gauche; en même temps, il constate une tuméfaction dans la même région. Dans le courant de la journée, les douleurs augmentent et s'irradient vers l'oreille; à ces douleurs viennent s'ajouter des frissons, une courbature et de la céphalée frontale. Le malade se sent fiévreux; à 7 heures du soir, il avait 40°1.

Le lendemain matin, il va consulter le médecin du bord et le médecin de la compagnie, qui l'envoie à l'hôpital avec le diagnostic d'oreillons.

Examen à l'entrée. — Température, 39°4; pouls, 112; urine, 1 litre.

A l'inspection, on constate l'existence d'un placard rouge ayant débuté au niveau de la région sous-maxillaire gauche, et qui s'est étendu progressivement au-devant de l'oreille. Le placard est délimité par un bourrelet saillant. Il est douloureux au palper. Sur toute sa surface et sans maximum centrifuge, il existe de petits vésicules contenant un liquide blanchâtre.

On constate aussi la présence de masses ganglionnaires, dures, empâtées, infiltrées et fixées sur les plans superficiels au niveau de la région rétromaxillaire.

Evolution. — La plaque d'érysipèle s'est peu étendue depuis l'entrée du malade à l'hôpital. Elle s'est arrêtée juste à l'angle externe de l'œil.

Les ganglions ont continué à évoluer vers la suppuration.

Le malade est transaté le 3 mai dans un service de chirurgie pour incision de l'abcès.

Pus à streptocoques.

OBSERVATION VI.

(Service de M. le Professeur SABRAZÈS.)

M... (Pierre), 47 ans, employé au Sanatorium de Feuillas. Entré le 16 mars.

La maladie a débuté le 14 mars. Le malade croyait avoir une crise de paludisme, car il a été impaludé et a encore des crises.

A son entrée, le 16 mars, on fait aisément le diagnostic d'érysipèle. La face a l'aspect caractéristique du « magot chinois ».

L'observation, qui ne mentionne pas d'adénopathie, est incomplète, mais il est possible de suivre l'évolution de la maladie sur la courbe de température. On constate plusieurs rechutes, et enfin, le 13 mai, le malade est transféré dans un service de chirurgie pour incision d'un adéno-phlegmon de la fosse sus-claviculaire droite.

Dans le pus, présence de streptocoques.

L'ATTEINTE GANGLIONNAIRE DANS L'ERYSIPELE RECIDIVANT

Il arrive souvent qu'une atteinte d'érysipèle soit suivie de beaucoup d'autres, et qui se produisent au même endroit. Est-ce la première atteinte qui prédispose aux atteintes ultérieures, ou est-ce l'organisme qui est prédisposé à contracter l'érysipèle antérieurement à toute atteinte ? Il est probable que l'une et l'autre hypothèse contiennent une part de vérité. Cependant, il paraît certain qu'une première atteinte prédispose à d'autres atteintes, par les séquelles qu'elle peut laisser dans les téguments.

Ces érysipèles récidivants reviennent à intervalles réguliers, et on a décrit l'érysipèle cataménial, l'érysipèle vicariant cataménial; quelquefois, les poussées érysipélateuses ont des causes occasionnelles très inattendues, la colère par exemple.

L'érysipèle récidivant suppose la persistance du streptocoque en un point quelconque de l'organisme.

Quand l'érysipèle siège à la face, il arrive souvent que son point de départ soit l'angle de l'œil, l'aile du nez ou le conduit auditif externe. Aussi on est en droit de penser que le streptocoque réside dans les cavités naturelles de la face. Mais très souvent on ne sait pas d'où part l'érysipèle, surtout quand il siège aux membres; et on peut se demander si le streptocoque ne persiste pas au niveau de la plaque.

Achalme a trouvé, deux mois après la fin d'un érysipèle de la face, dans les vaisseaux lymphatiques de la région atteinte, des amas de streptocoques. Par contre M. le Professeur Sabrazès les a vainement recherchés dans la sérosité prélevée sur une plaque d'érysipèle récidivant entre les poussées aiguës.

Mais ce sont là des considérations pathogéniques qui n'entrent pas dans notre sujet. Nous avons voulu montrer simplement le rôle possible des lymphatiques dans la pathogénie de l'érysipèle à répétitions.

Quant aux lésions de l'appareil lymphatique dans cette variété d'érysipèles, elles se manifestent par la présence d'un œdème éléphantiasique qui, une fois sur deux, peut-être même plus souvent, succède à l'érysipèle récidivant.

Cet œdème, en effet, reconnaît deux causes : la stase lymphatique et l'hyperplasie du tissu conjonctif.

Voici d'ailleurs quelle est la définition donnée par Besnier de l'éléphantiasis : « Une affection dont les conditions pathogéniques sont multiples, mais dont la condition instrumentale est une irritation localisée et une obstruction du système lymphatico-veineux. »

Et Dominici, lorsqu'il recherche où peut siéger l'obstacle qui est la condition instrumentale de l'œdème lymphatique, dit : « Celui-ci (l'obstacle) siègera bien rarement sur le canal thoracique... L'obstruction sera au contraire fréquemment réalisée au niveau des ganglions. Ceux-ci seront refoulés par des néoplasmes à types de tumeurs bénignes ou malignes nés des tissus ou bien... etc... Parfois, ils seront sclérosés. » Cette dernière éventualité ne pourrait-elle pas se produire dans l'érysipèle ? Les ganglions devenus scléreux à la suite de lésions inflammatoires fréquemment répétées ne pourraient-ils pas devenir l'obstacle qui conditionnera la stase lymphatique ?

C'est bien l'avis de MM. Fournier et Vigne. Pour eux, la production d'œdème éléphantiasique nécessite deux facteurs : un facteur infectieux et un facteur mécanique. Ces deux facteurs s'influencent d'ailleurs réciproquement. Le facteur mé-

canique consiste dans la stase lymphatique, conséquence des altérations infectieuses des voies et des ganglions; et la stase lymphatique, par l'état de moindre résistance qu'elle crée dans les tissus, prédispose à de nouvelles infections.

Pour MM. P. Vigné et A. Fournier, les ganglions correspondant aux territoires éléphantiasiques subissent une dégénérescence scléreuse ou adipeuse.

En effet, il arrive souvent que l'on trouve des ganglions dont la consistance dure atteste qu'ils ont subi une dégénérescence scléreuse.

Il arrive aussi qu'il soit impossible de déceler cliniquement des lésions ganglionnaires. Dans ce cas, peut-être pourrait-on les déceler au microscope; peut-être aussi l'obstacle à la circulation lymphatique siège-t-il au-dessus des ganglions, sur les vaisseaux lymphatiques que, selon Follet, des poussées successives de lymphangite auraient rendus imperméables.

Observations.

OBSERVATION I.

(RAVAUT et BARBEAU, *Bulletin médical*, janv. 1923.)

Mlle M... (A.), âgée de 14 ans 1/2.

Erysipèle chronique ayant débuté à l'âge de 9 ans 1/2; devenu cataménial depuis l'apparition des règles.

Tantôt ce sont des poussées de dermite grave avec fièvre; le plus souvent, ce sont des poussées de dermite sans fièvre, mais qui s'accompagnent toujours de tuméfaction ganglionnaire.

Dans l'intervalle des poussées, le visage reste tuméfié, déformé par un œdème de toute la joue.

L'adénopathie fait une saillie appréciable.

Malgré les médications, la malade a régulièrement une poussée tous les mois.

Un gros ganglion sous-maxillaire persiste entre les poussées.

OBSERVATION II

(RAVAT et BARBEAU.)

*Erysipèle récidivant de la jambe gauche et datant de deux ans
avec éléphantiasis secondaire.*

Début en juillet 1920 : éruption prurigineuse, lymphangite avec réaction ganglionnaire.

Onze jours plus tard, érysipèle qui dure quinze jours, à la suite duquel se produisent deux abcès, qu'on incise.

OEdème dur et violacé qui remonte jusqu'à mi-cuisse.

Au début de novembre 1920, nouvelle poussée érysipélateuse au niveau des cicatrices. L'adénopathie, qui avait persisté, augmente de volume et devient douloureuse.

A partir de ce moment, il se produit une poussée de dermite tous les mois. Le ganglion inguinal participe à la poussée. Après chacune des poussées, l'œdème devient plus important.

7 juin 1922 : OEdème dur, ligneux, non dépressible, remontant à 10 centimètres au-dessus de la rotule. Dans l'aîne, ganglion inflammatoire de la grosseur d'une amende verte.

OBSERVATION III

(In thèse ACHALME.)

R... (A.), entré le 9 mars 1870.

Premier érysipèle de la jambe droite à 17 ans.

Depuis, neuf érysipèles de la même région, dont un qui obligea le malade à garder le lit six mois et un autre qui fut suivi de phlegmon.

Actuellement, jambe droite énorme, cylindrique.

Cordons lymphatiques indurés du creux poplité et ganglions dans l'aîne.

CONCLUSIONS

L'opinion classique qui veut que l'engorgement ganglionnaire soit constant au cours de l'érysipèle demande à être infirmée ou confirmée par une statistique portant sur de nombreux cas où, systématiquement, on aura recherché les ganglions.

L'absence d'adénopathies est presque constante chez le vieillard et chez le nouveau-né. Cette constatation a été faite par Lamy chez le vieillard. Mais, chez ce dernier, les ganglions qui, pendant tout le cours de l'existence, ont pu être incités à s'engorger et à s'hyperplasier, gardent probablement des traces des injures qu'ils ont subies, indépendamment de l'érysipèle. Chez le nouveau-né, on doit avoir en vue l'érysipèle ayant pour point de départ la région ombilicale, plutôt que les autres localisations d'érysipèles observées chez le jeune enfant. Car on sait qu'à cet âge la micro-polyadénopathie est extrêmement fréquente et s'accuse à l'occasion de beaucoup d'états infectieux et toxiques.

L'adénite suppurée est une complication rare, beaucoup moins fréquente que les autres complications suppuratives de l'érysipèle, mais elle existe.

L'érysipèle à répétitions provoque fréquemment un œdème chronique éléphantiasique. Peut-être les modifications locales

subies par le système lymphatique ont-elles pour résultat de bloquer les vaisseaux, ainsi que les relais ganglionnaires, prédisposant de cette manière à la stase lymphatique. Les ganglions pourraient collaborer ainsi aux séquelles qui, dans les téguments, se traduisent par l'état éléphantiasique.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPPRIMER :
Le Président,
SABRAZES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 21 novembre 1933.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHALME. — Considérations pathogéniques et anatomo-pathologiques sur l'érysipèle. Thèse Paris, 1891.
- ALQUIER. — L'engorgement lymphatique. Sa place en pathologie. *Gazette des hôpitaux*, Paris, 1919.
- COURBON. — De l'érysipèle scrofuleux. Thèse Paris, 1872.
- CACHERA. — De l'érysipèle à répétition. Thèse Paris, 1891.
- DECORSE. — De la mort dans l'érysipèle. Thèse Paris, 1898.
- DELHOMME. — Erysipèle des nouveau-nés. Thèse Paris, 1914.
- DENUCÉ. — Etude sur l'anatomo-pathologie et la pathogénie de l'érysipèle. Thèse Bordeaux, 1885.
- DUFOUR (H.). — L'absence de réaction ganglionnaire dans l'érysipèle. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 1905.
- DUPOUY. — Masque éléphantiasique succédant à l'érysipèle à répétition. Thèse Bordeaux, 1902.
- ENRIQUEZ et GUTMAN. — L'érysipèle. Nouveau traité de pathologie.
- FOLLET. — Sur la pathogénie de quelques états éléphantiasiques. Thèse Paris, 1898.
- GARS. — De l'identité de l'érysipèle et de la lymphangite du point de vue bactériologique. Thèse Paris, 1888.
- GUINARD. — Les réactions ganglionnaires de l'érysipèle. *Chronique médicale*, Paris, 1900.
- JAMAIN. — Des complications suppuratives de l'érysipèle de la face. Thèse Bordeaux, 1919.
- LAMY. — Erysipèle des vieillards. Thèse Paris, 1912.
- LESNÉ et FRANÇON. — Les abcès dans l'érysipèle. La clinique de Paris, 1912.
- LESNÉ. — Erysipèle du nouveau-né. *Progrès médical*, 1919.

- LORDEREAU. — De la suppuration dans l'érysipèle. Thèse Paris, 1873.
- PINALIE. — Des complications méningées de l'érysipèle de la face avec ou sans septicémie. Thèse Paris, 1923.
- PRINCE. — Erysipèle gangréneux. Thèse Paris, 1904.
- RAVAUT et BARBEAU. — Erysipèle chronique récidivant de la jambe gauche avec éléphantiasis. *Bulletin médical*, 27 janv. 1933.
- RENAUT. — Contribution à l'étude anatomique et clinique de l'érysipèle. Thèse Paris, 1873.
- ROGER (G.-H.). — Contribution à l'étude clinique de l'érysipèle de la face. *Rev. de méd. de Paris*, 1895.
- L'incubation dans l'érysipèle. *Presse médicale*, 1895.
- Nouvelle contribution à l'étude clinique de l'érysipèle. *Arch. gén. de méd.*, juill. 1901.
- ROUËCHE. — Orchite double chez un nourrisson de neuf mois atteint d'érysipèle de la face. *Journ. de méd. de Paris*, 1929.
- THOINET. — Quelques mots sur les variétés traumatiques de l'érysipèle. Thèse Paris, 1859.
- VIGNE et FOURNIER. — A propos de quelques observations d'éléphantiasis nostras et d'états éléphantiasiques. *Marseille médical*, 1930.
- WIDAL. — Etude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle. Thèse Paris, 1888.

